

PROCESSO INTERNO

Nº 039/2025

AUXÍLIO PARA MÃO DE OBRA

NOME: ANA MARIA CARVALHO DE LIMA

TELEFONE: (54) 99639-1850

DATA: 19 DE AGOSTO DE 2025

ASSINATURA: _____

RELATÓRIO SOCIAL

Concessão de Benefício Eventual

OBJETIVO:	FINALIDADE:
Efetivação da concessão de benefício eventual, recurso para aquisição mão de obra.	Viabilização do direito à moradia. Conforme a Constituição Federal de 1988.

INSTRUMENTOS PROFISSIONAIS UTILIZADOS:

Estudo Social: Avaliação Social, com utilização de Entrevista Semiestruturada; Acolhimento; Escuta qualificada e Socialização de Informações sobre Direitos Sociais.

PARECER SOCIAL

Identificação do núcleo familiar

A Sra. Ana Maria, 31 anos, CPF nº 029.181.160-41, reside no bairro Capão da Guarda, no município de Mato Castelhanos, juntamente com seu companheiro, Sr. Michel Crescêncio Chaves, 32 anos, CPF nº 024.169.250-40. Atualmente, o casal encontra-se morando em residência cedida pelos sogros de Ana, Sr. João e Sra. Marlene, coabitando todos no mesmo domicílio.

Contexto social

No que se refere à condição socioeconômica, a requerente apresenta vínculo formal de trabalho, com renda mensal de R\$ 1.707,00, enquanto seu companheiro possui rendimento de R\$ 1.780,00. Apesar do pleno emprego, a avaliação social identificou que a família não dispõe de condições financeiras para arcar com os custos necessários à construção de uma nova moradia, considerando ainda que a atual residência apresenta necessidade de reparos em sua infraestrutura, o que compromete o bem-estar e a segurança da família.

Nesse sentido, a requerente buscou junto ao CRAS a concessão de **benefício eventual**, com a finalidade de auxiliar no pagamento da mão de obra para início da construção da nova residência. Ressalta-se que a lei municipal de benefícios eventuais não prevê exigência de renda mínima para acesso, considerando o princípio da garantia de uma vida digna e da proteção social em situações emergenciais.

Conclusão

Conforme o disposto no artigo 22 da Lei nº 8.742/1993, Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), os benefícios eventuais são provisões suplementares e provisórias destinadas a atender cidadãos e famílias em situação de vulnerabilidade social, integrando o conjunto de garantias do Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

Considerando o contexto social apresentado, **sugere-se a concessão de benefício eventual (auxílio no pagamento da mão de obra)** para a construção da nova residência.

Além disso, o núcleo familiar permanecerá em acompanhamento pela rede socioassistencial, com vistas à promoção da autonomia e promoção de melhores condições socioeconômicas.

Rayssa Graça
Assistente Social

Rayssa Jackeline Graça Maciel

Rayssa Jackeline Graça Maciel

Assistente Social

CRESS/RS – 16.191

Data do cadastro: 02/12/2014 NIS: _____

Nome do responsável familiar: Mil D. Luciana Etoner

Endereço completo: Copa da Guarda - Mato Castelhano

Telefone para contato: 51 39933-4115

Data de nascimento: 05/03/1983 Idade: 31 Chefe de família: _____

Naturalidade: Brasília Escolaridade: Ensino Médio Completo

Estado Civil: _____ Tempo de residência no município: 29 anos

Nº CPF: 229 369 250 40 Possui Cadastro no CADÚNICO: _____

Nº do RG: 055 426 483 06 Data de Expedição: ____/____/____ Órgão Expedidor: _____

Trabalha: sim Profissão: Vendedor Carteira Assinada: Sim

Local de Trabalho: Loja Mercal Renda Mensal: R\$ 1.480,00

Recebe aposentadoria, pensão, BPC ou outro tipo de benefício: () Sim (X) Não

Qual? _____ Qual o Valor: R\$ _____

Uso de medicação? nao Se sim, Quais? _____

Doença Crônica? nao

CONVIVE SOBRE O MESMO TETO COM AS SEGUINTE PESSOAS:

Mora Sozinho (a): () Sim (X) Não

1) Nome: Joa Maria Samuels de Lima

Parentesco: Esposa Idade: 31 Naturalidade: _____

Data de Nascimento: 23/12/1983 CPF: 029 383 360 41 Órgão expedidor: _____

RG: 14 55 83 988 Data de Expedição: ____/____/____ Trabalha: Sim

Profissão: Vendedora de roupas Escolaridade: Ensino Médio Completo

Renda mensal: R\$ 1.704,00 Carteira Assinada: nao, e cc (Professora)

Recebe aposentadoria, pensão, BPC ou outro tipo de benefício: () Sim (X) Não

Qual? _____ Valor: R\$ _____

Uso de medicação? nao Se sim, Quais? _____

Doença Crônica? nao

2) Nome: Mariêne de Lourdes Chaves
Parentesco: mãe Idade: 60 Naturalidade: _____
Data de Nascimento: ____/____/____ CPF: _____ Órgão expedidor: _____
RG: _____ Data de Expedição: ____/____/____ Trabalha: _____
Profissão: _____ Escolaridade: _____
Renda mensal: R\$ 3548,00 Carteira Assinada: _____
Recebe aposentadoria, pensão, BPC ou outro tipo de benefício: (x) Sim () Não
Qual? aposentadoria Valor: R\$ _____
Uso de medicação? sim Se sim, Quais?

Doença Crônica? CA nos ossos

3) Nome: João Crescencio Chaves
Parentesco: pai Idade: 64 Naturalidade: _____
Data de Nascimento: ____/____/____ CPF: _____ Órgão expedidor: _____
RG: _____ Data de Expedição: ____/____/____ Trabalha: _____
Profissão: _____ Escolaridade: _____
Renda mensal: R\$ 3548,00 Carteira Assinada: _____
Recebe aposentadoria, pensão, BPC ou outro tipo de benefício: (x) Sim () Não
Qual? aposentadoria Valor: R\$ _____
Uso de medicação? sim Se sim, Quais?

Doença Crônica? HAS
cardíaca

4) Nome: _____
Parentesco: _____ Idade: _____ Naturalidade: _____
Data de Nascimento: ____/____/____ CPF: _____ Órgão expedidor: _____
RG: _____ Data de Expedição: ____/____/____ Trabalha: _____
Profissão: _____ Escolaridade: _____
Renda mensal: R\$ _____ Carteira Assinada: _____
Recebe aposentadoria, pensão, BPC ou outro tipo de benefício: () Sim () Não
Qual? _____ Valor: R\$ _____
5) Nome: _____

Parentesco: _____ Idade: _____ Naturalidade: _____
Data de Nascimento: ____/____/____ CPF: _____ Órgão expedidor: _____
RG: _____ Data de Expedição: ____/____/____ Trabalha: _____
Profissão: _____ Escolaridade: _____
Renda mensal: R\$ _____ Carteira Assinada: _____
Recebe aposentadoria, pensão, BPC ou outro tipo de benefício: () Sim () Não
Qual? _____ Valor: R\$ _____
Uso de medicação? _____ Se sim, Quais? _____

Doença Crônica?

6) Nome: _____
Parentesco: _____ Idade: _____ Naturalidade: _____
Data de Nascimento: ____/____/____ CPF: _____ Órgão expedidor: _____
RG: _____ Data de Expedição: ____/____/____ Trabalha: _____
Profissão: _____ Escolaridade: _____
Renda mensal: R\$ _____ Carteira Assinada: _____
Recebe aposentadoria, pensão, BPC ou outro tipo de benefício: () Sim () Não
Qual? _____ Valor: R\$ _____

ASPECTOS HABITACIONAIS

Residem em casa: () Própria () Alugada (X) Cedida () Outro Qual? _____
Nº de Cômodos da casa: 4 Banheiro: (X) Interno () Externo
Estrutura da Residência: (X) Alvenaria () Madeira () Mista
Água encanada: (X) Sim () Não valor gasto mensal com água 60,00
Energia Elétrica: (X) Sim () Não valor gasto mensal com energia 440,00
Coleta de Lixo: (X) Sim () Não
Existe calçamento, asfalto perto da residência: () Sim (X) Não
O terreno é próprio: (X) Sim () Não Possui documentação: (X) Sim () Não
A família possui outros bens: notas
A família está incluída em algum programa social? Qual? notas
Existe alguém na família portador de necessidade especial? notas

Somando todos os rendimentos do grupo familiar, qual é a renda mensal de
R\$ 3.439,00

Declaro outro sim, que as informações aqui prestadas são verdadeiras, e que por elas respondo em conformidade da Lei.

Michael Encarnação Sales

Assinatura do Responsável Familiar

Paula S. Palma

Assinatura do Responsável Técnico pelo preenchimento

MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Matrícula nº 123456789

Nome: ANA MARIA CARVALHO DE LIMA
CPF: 123.456.789-00
Data de Nascimento: 25/12/1985



ANA MARIA CARVALHO DE LIMA

PLACÃO: VALDENE AGRAES DE LIMA

JANUÁRIO DE FATURAS CARVALHO

SEXO: FEMININO

NASCIMENTO: 25/12/1985

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE: PASCO ALEGRE - RS

DOCUMENTO: 1234567890123456789

LEI Nº 2.004, DE 14.06.1964

CPF: 123.456.789-00

INSCRIÇÃO: 123456789

LOCALIDADE: PASCO ALEGRE - RS

CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO / DRIVER LICENSE / PERMISO DE CONDUCCIÓN

2º FOLIO / SCOPIONOMI MICHEL CRECENCIO CHAVES 1º FOLIO / PFCAD 18/07/2012



Michel Crecencio Chaves
 7 ALCANTARA, JO PORLENOVA

3 DATA LOCAL E LOCAL DO HABILITAMENTO
 05/03/1993, PASSO FUNDO, RS

4a DATA DE VIGÊNCIA 28/06/2012 4b VALIDADE 28/06/2012 ACC D

5a DATA DE VIGÊNCIA / DATA DE EMISSÃO / DATA 6062827371 SJS/II RS

6a CPF 024.169.250-40 6b RENDIMENTO 025426483018 6c CATEGORIA AB

7 NACIONALIDADE BRASILEIRO

8 FILIAÇÃO JOAO CRECENCIO CHAVES

MARILENE DE LURDES CHAVES

9	10	11	12	9	10	11	12
ACE				D			
A			28/06/2032	D1			
A1				FE			
B			28/06/2032	CL			
C1				C16			
C				DE			
C1				D-1E			